

بخشداری

اعلامیه بازپرداخت کوین غذایی  
برای فقط خطاهای غیرعمدی خانوار  
اعلامیه نهایی

: تاریخ اعلامیه  
: اسم پرورنده  
: شماره  
: اسم مأمور رسیدگی  
: شماره  
: تلفن  
: نشانی

(ADDRESSEE)

سوالی دارید؟ از مأمور رسیدگی پرسید.

جلسه رسیدگی ایالتی: اگر فکر می کنید که این اقدام درست نیست، می توانید برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، مگراینکه قبلاً در مورد مقداری که مفروض هستید یک جلسه رسیدگی داشته اید. روش آن در پشت این برگه آمده است. اگر قبل از اینکه این اقدام انجام شود برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، ممکن است مزایای شما تغییر نکند.

اخطار: اگر فکر می کنید که این توزیع بیش از مقدار مقرر درست نیست، این آخرین فرصت درخواست برای یک جلسه رسیدگی است. اگر در برنامه کوین غذایی باقی بمانید، بخشداری می تواند کوین های غذایی شما را برای جمع آوری توزیع بیش از مقدار مقرر کاهش دهد. اگر قبل از اینکه توزیع بیش از مقدار مقرر بازپرداخت شود از برنامه کوین غذایی خارج شوید، بخشداری ممکن است آنچه را که مفروض هستید از بازپرداخت مالیات برداشد شما کسر کند.

شما و یا عضوی از خانوار شما اشتباهی مرتکب شده است.  
ما قبلاً به شما گفتیم که باستی کوین های غذایی اضافی که توزیع شده بود را بازپرداخت کنید:

- شما.  
 فردی که ضمانت می کنید.  
 هنوز مفروض هستید.

موافقت نکردید که بازپرداخت کنید:

- \* می توانید به طور کامل پرداخت کنید و یا  
\* می توانید کوین های غذایی اضافی را بربط ضوابطی که در موافقت نامه بازپرداخت (DFA 377.7C) الصالی موافقت می کنید باز پرداخت کنید.  
\* موافقت نامه بازپرداخت الصالی را پر کرده، امضا؟ کنید و برگردانید.

- موافقت نامه بازپرداخت بدھی جاری شما خواهد بود به طوریکه توسط بخشداری محاسبه شده است. هرگونه تغییراتی در بدھی شما ممکن است پرداخت های ماهیانه شما را تغییر دهد.

\* لازم نیست که از هرگونه مزایای درآمد تأمین تکمیلی (SSI: Supplemental Security Income) برای بازپرداخت این توزیع بیش از مقدار مقرر استفاده کنید.

\* اگر بعداً مشخص شود که این خطای غیرعمدی خانوار در واقع یک نقض عمدی برنامه بوده، حتی اگر موافقت نکنید که مقداری که مفروض هستید را بازپرداخت کنید، جرائمی منظور خواهد شد.

\* اگر با پرداخت موافقت نکنید، بخشداری ممکن است از روش های دیگری برای جمع آوری مقدار مفروضی استفاده کند که شامل از طریق دادگاه می شود.

\* اگر بخشداری برای مقدار مفروضی برعلیه شما اقامه دعوا کند، همچنین ممکن است لازم باشد که هزینه های دادگاه را پردازید.

\* اگر مقدار مفروضه را پردازید، بخشداری ممکن است بازپرداخت مالیات برداشد ایالتی شما را ضبط کرده و/یا از دادگاه بخواهد که حقوق شما و یا هرگونه دارایی که دارید را مصادره کند.

مقررات: این مقررات اطلاق می شوند. می توانید آنها را در دفتر رفاه مرور کنید: MS 63-801.21

- به طوریکه موافقت شده بود بازپرداخت نکردید:  
\* باستی هنگامیکه نمی توانید به طوریکه موافقت شده بود بازپرداخت کنید به ما بگویید. باستی تشریح کنید که چرا نمی توانید بازپرداخت کنید. می توانید از بخشداری بخواهید که یک طرح بازپرداخت جدید را محاسبه کند.  
\* موافقت نامه بازپرداخت (DFA 377.7C) الصالی را پر کرده، امضا کنید و برگردانید.

اگر مزایای کوین غذایی دریافت می کنید و یک موافقت نامه بازپرداخت جدید را در طرف 10 روز از تاریخ این اعلامیه برنگردانید، مزایای خانوار شما از تاریخ \_\_\_\_\_ به \_\_\_\_\_ کاهش پیدا خواهد کرد.

اگر به طوریکه موافقت شد پرداخت نکنید و یک طرح بازپرداخت جدید دریافت نکنید، بخشداری ممکن است درخواست کند که کل مقدار مفروضه همین حالا پرداخت شود.

اگر بعداً مشخص شود که این خطای غیرعمدی خانوار در واقع یک نقض عمدی برنامه بوده، حتی اگر موافقت کنید که مقداری که مفروض هستید را بازپرداخت کنید، جرائمی منظور خواهد شد.

اگر به طوریکه توافق شد پرداخت نکنید، بخشداری ممکن است از روش های دیگری برای جمع آوری مقدار مفروضی استفاده کند که شامل از طریق دادگاه می شود.

اگر بخشداری برای مقدار مفروضه برعلیه شما اقامه دعوا کند، همچنین ممکن است لازم باشد که هزینه های دادگاه را پردازید.

اگر به طوریکه توافق شد پرداخت نکنید، بخشداری ممکن است بازپرداخت مالیات برداشد ایالتی شما را ضبط کرده و/یا از دادگاه بخواهد که حقوق شما و یا هرگونه دارایی که دارید را مصادره کند.

## حقوق شما در جلسه رسیدگی

اگر با هریک از اقدامات بخشداری موافق نیستید، حق دارید که برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. فقط 90 روز فرصت دارید تا برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. این 90 روز از روز بعد از تاریخ شروع می شود که بخشداری این اعلامیه را به شما داد و یا ارسال کرد.

- برای درخواست برای یک جلسه رسیدگی:  
این برگه را پر کنید.
- جلو و پشت این برگه را برای پرونده خودتان کپی کنید. در صورت درخواست،  
مأمور رسیدگی به پرونده شما نسخه ای از این برگه را برایتان فراهم خواهد کرد.
- این برگه را به نشانی زیر بپرید و یا ارسال دارید:

اگر قبل از اینکه اقدامی در مورد کمک نقدی، Medi-Cal و کوپن های غذایی شما اجرا شود برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید:

- در مدتیکه منتظر جلسه رسیدگی هستید، ممکن است خدمات مراقبت از کودک شما همان میزان باقی خواهد ماند.
- در مدتیکه منتظر جلسه رسیدگی هستید، ممکن است خدمات مراقبت از کودک شما تغییر نکند.
- تا زمان جلسه رسیدگی و یا تا پایان دوره صدور گواهینامه شما، هر کدام که زودتر باشند، کوپن های غذایی شما تغییری نخواهند کرد.

اگر حکم جلسه رسیدگی اظهار کند که حق با ما بوده است، برای هر مقدار اضافی کمک نقدی، کوپن های غذایی ویا خدمات مراقبت از کودکان به ما بدهکار خواهد بود. برای کاهش و متوقف کردن مزایا قبل از جلسه رسیدگی، مورد زیر را تیک بزنید:  
بله، کاهش داده و یا متوقف کنید:  کمک نقدی  کوپن غذا  مراقبت از کودکان

در مدتیکه منتظر جلسه رسیدگی برای موارد زیر هستید:

### رفاه به کار:

لازم نیست که در این اشتغال ها شرکت کنید.

ممکن است وجهی برای مراقبت از کودک برای اشتغال و برای فعالیت هایی که توسط بخشداری قبلاً این اعلامیه تصویب شده را دریافت کنید.

اگر به شما بگوییم که پرداخت برای خدمات حمایتی دیگر متوقف خواهد شد، حتی در صورت رفتن به اشتغال خود، وجود دیگری دریافت نخواهد کرد.

اگر به شما بگوییم که خدمات حمایتی دیگر شما را پرداخت خواهیم کرد، به مقدار و طریقی که در این اعلامیه ذکر شده پرداخت خواهد شد.

- برای دریافت آن خدمات حمایتی، بایستی به اشتغالی بروید که بخشداری از شما خواسته در آن شرکت کنید.

- اگر در مدتیکه منتظر حکم جلسه رسیدگی هستید، مقدار خدمات حمایتی که بخشداری پرداخت می کند کافی نیست تا امکان مشارکت را به شما بدهد، می توانید دیگر به اشتغال نزولید.

### Cal-Learn:

- اگر به ما بگویید که نمی توانیم به شما خدمت رسانی کنیم، نمی توانید در برنامه Cal-Learn شرکت کنید.

- فقط برای خدمات حمایتی Cal-Learn برای یک اشتغال تصویب شده پرداخت خواهیم کرد.

### اطلاعات دیگر

اعضای طرح مراقبت اداره شده Medi-Cal: اقدام ذکر شده در این اعلامیه ممکن است از دریافت خدمات از طرح بهداشتی/درمانی مراقبت اداره شده شما جلوگیری کند. اگر سوالی دارید، ممکن است مایل باشید با خدمات عضویت طرح بهداشتی/درمانی خود تماس بگیرید.

**حمایت کودک و/یا پنژشکی:** سازمان محلی حمایت از کودکان به شما کمک خواهد کرد تا حمایت بدون هزینه بگیرید، حتی اگر کمک نقدی دریافت نمی کنید. اگر در حال حاضر برای شما حمایت گرد آوری می کنند، تا زمانیکه به صورت کتبی به آنها تکوینی که متوقف کنند، به این کار ادامه خواهد داد. وجه حمایتی جاری را برای شما ارسال خواهند کرد ولی وجه جمع آوری شده گذشته که به بخشداری بدهکار هستید را نگه خواهند داشت.

**تنظیم خانواده:** در صورت درخواست، اداره رفاه شما اطلاعاتی را در اختیارتان قرار خواهد داد. پرونده جلسه رسیدگی: اگر برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، بخش جلسات رسیدگی ایالتی برایتان یک پرونده تشکیل خواهد داد. شما حق دارید این پرونده را قبلاً از جلسه رسیدگی خود ببینید و حداقل دو روز قبل از جلسه رسیدگی، نسخه ای از موضوع کتبی بخشداری در مورد دعوى خود را دریافت کنید. دولت ممکن است پرونده جلسه رسیدگی شما را به اداره رفاه و اداره خدمات بهداشتی/درمانی و انسانی و کشاورزی بدهد. (قانون W بخش های 10850 و 10950).

## برای درخواست برای یک جلسه رسیدگی:

این برگه را پر کنید.

- جلو و پشت این برگه را برای پرونده خودتان کپی کنید. در صورت درخواست،  
مأمور رسیدگی به پرونده شما نسخه ای از این برگه را برایتان فراهم خواهد کرد.
- این برگه را به نشانی زیر بپرید و یا ارسال دارید:

و یا

- با شماره مجازی تماس بگیرید: 1-800-952-5253 و یا افراد ناشنوا و یا ناگویا  
که از TDD استفاده می کنند، 1-800-952-8349.

برای دریافت کمک: می توانید با تماس گرفتن با شماره های مجازی ایالتی که در بالا ذکر شد از حقوق خود در مورد جلسه رسیدگی آشنا شده و یا برای ارجاع به امداد قانونی درخواست کنید. ممکن است بتوانید کمک قانونی مجازی در دفتر امداد قانونی و یا حقوق رفاه محلی خود دریافت کنید.

اگر نمی خواهید به تنها بیا به جلسه رسیدگی بروید، می توانید یک دوست و یا فردی را به همراه بیاورید.

### درخواست برای جلسه رسیدگی

مايلم در مورد اقدام اداره رفاه بخشداری  
در مورد زیر یک جلسه رسیدگی داشته باشم:  
 کمک نقدی  کوپن های غذایی  دیگر (ذکر شود)

دلیل اینست:

اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، اینجا را علامت زده و یک برگه اضافه کنید.  
نیاز دارم که دولت یک مترجم بدون اینکه هزینه ای داشته باشد برایم فراهم کند.  
(یک خوشآوند و یا دوست نمی تواند برای شما در جلسه رسیدگی ترجمه کند.)

زیان و یا گویش من:

اسم فردی که مزایايش را داشت، تغییر پیدا کرد و یا متوقف شد

شماره تلفن	تاریخ تولد
------------	------------

نشانی خیابان

شهر	ایالت	کمپسیتی
-----	-------	---------

تاریخ	امضاء
-------	-------

شماره تلفن	اسم فردی که این فرم را پر می کند
------------	----------------------------------

مايلم شخصی که در زیر ذکر می شود در جلسه رسیدگی از طرف من نمایندگی کند. من به این فرد اختیار می دهم تا پرونده هایم را مشاهده کرده و برای من به جلسه رسیدگی بروم  
(این فرد می تواند یک دوست و یا خوشآوند باشد ولی نمی تواند برای شما ترجمه کند.)

شماره تلفن	اسم
------------	-----

نشانی خیابان

شهر	ایالت	کمپسیتی
-----	-------	---------